CARTOLA PLAN DE CUIDADOS AMBULATORIOS PARA PACIENTES CON NEUMONÍA

Fecha apertura:____/____/____

Identificación del paciente

Nombre		RUT	
Edad		Antecedentes	

Identificación del cuidador

Nombre		RUT	
Edad		Teléfono	

Tratamiento

Indicaciones	Factores de riesgo	SI/	NO

Seguimiento

1. Requiere entrevista con cuidador	SI____	No____	Fecha:
Acuerdos tomados:			

2.Seguimiento telefónico

Semana 1	Fecha		Observaciones
Semana 2	Fecha		Observaciones
Semana 3	Fecha		Observaciones
Semana 4	Fecha		Observaciones

4. Control médico	Fecha	
Acciones realizadas		

5. Otros controles	Encargado_____		Fecha	

Encargado_____		Fecha	
Encargado_____		Fecha	